

引用:王璟,高原.补阳还五汤加减治疗气血瘀阻型小儿腺样体肥大的疗效观察[J].中医药导报,2025,31(11):79-84.

补阳还五汤加减治疗气血瘀阻型 小儿腺样体肥大的疗效观察*

王 璞,高 原

(南京中医药大学附属苏州市中医院,江苏 苏州 215000)

[摘要] 目的:观察补阳还五汤加减治疗气血瘀阻型小儿腺样体肥大的临床疗效。方法:将84例气血瘀阻型腺样体肥大患儿随机分为治疗组和对照组,每组各42例。对照组患儿予糠酸莫米松鼻喷雾剂和孟鲁司特钠咀嚼片治疗,治疗组患儿予补阳还五汤加减治疗,连续治疗8周。比较两组疗效、临床症状(主症及次症)评分、腺样体体积评分及儿童阻塞性睡眠呼吸暂停生活质量量表(OSA-18)评分。结果:两组各脱落2例,最终两组各纳入40例。总有效率对照组为80.00%(32/40),治疗组为95.00%(38/40),治疗组高于对照组($P<0.05$)。治疗4周、8周两组患儿主症、次症、腺样体体积及OSA-18评分均较治疗前降低($P<0.05$)。治疗8周后治疗组患儿次症、腺样体体积和OSA-18评分均低于对照组($P<0.05$)。结论:补阳还五汤加减治疗气血瘀阻型小儿腺样体肥大具有良好的临床疗效,能改善患儿临床症状、缩小腺样体体积并提高生活质量。

[关键词] 小儿腺样体肥大;气血瘀阻;补阳还五汤;临床疗效

[中图分类号] R272.6 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1672-951X(2025)11-0079-06

DOI:10.13862/j.cn43-1446/r.2025.11.014

Efficacy Observation of Modified Buyang Huanwu Decoction (补阳还五汤) in Treating Pediatric Adenoid Hypertrophy with Qi and Blood Stasis Pattern

WANG Jing, GAO Yuan

(Suzhou Hospital of Traditional Chinese Medicine Affiliated to Nanjing University of Chinese Medicine,
Suzhou Jiangsu 215000, China)

[Abstract] Objective: To observe the clinical efficacy of modified Buyang Huanwu Decoction in treating pediatric adenoid hypertrophy with the pattern of qi and blood stasis. Methods: Eighty-four children with adenoid hypertrophy of the qi and blood stasis pattern were randomly divided into a treatment group and a control group, with 42 cases in each group. The control group received mometasone furoate nasal spray and montelukast sodium chewable tablets, while the treatment group was treated with modified Buyang Huanwu Decoction. The treatment course for both groups was 8 consecutive weeks. The therapeutic efficacy, clinical symptom scores (main and secondary symptoms), adenoid volume score, and the Obstructive Sleep Apnea-18 Quality of Life (OSA-18) score were compared between the two groups. Results: Two cases dropped out from each group, resulting in 40 cases being included in the final analysis for each group. The total effective rate was 80.00% (32/40) in the control group and 95.00% (38/40) in the treatment group, with the treatment group showing a significantly higher total effective rate than the control group ($P<0.05$). After 4 and 8 weeks of treatment, the scores for main symptoms, secondary symptoms, adenoid volume, and OSA-18 in both groups decreased compared to those before treatment ($P<0.05$). After 8 weeks of treatment, the scores for secondary symptoms, adenoid volume, and OSA-18 in the treatment group were lower than those in the control group ($P<0.05$). Conclusion: Modified Buyang Huanwu Decoction shows good clinical efficacy in treating pediatric adenoid hypertrophy with the qi and blood stasis pattern. It can improve clinical symptoms, reduce adenoid volume, and enhance quality of life.

[Keywords] pediatric adenoid hypertrophy; qi and blood stasis; Buyang Huanwu Decoction; clinical efficacy

*基金项目:苏州市科技发展计划(民生科技-医疗卫生应用基础研究[第五批])(SYSD2019246)

小儿腺样体肥大是儿科常见疾病,临床以鼻塞、流涕、睡眠打鼾、张口呼吸、睡眠呼吸暂停低通气等为主要表现^[1]。随着病情发展,患儿可能会出现上颌骨狭窄增长、牙齿排列参差不齐、张口呆傻、硬腭狭窄、上唇厚短外翻等腺样体面容^[2]。小儿腺样体肥大的具体发病机制尚未明确,与病原微生物感染(如流感嗜血杆菌、金黄色葡萄球菌、肺炎链球菌、EB病毒、肺炎支原体等)引发的鼻咽部组织炎症、腺样体炎性增生有关^[3]。目前现代医学多采用抗炎药物、免疫调节剂、糖皮质激素、白三烯受体拮抗剂或手术治疗小儿腺样体肥大,但存在一定的局限性,如药物不良反应、手术并发症及复发等^[4-5]。同时该病反复发作会引发器官功能异常从而造成患儿不同程度的身心健康损害。

中医药在治疗小儿腺样体肥大方面具有独特的理论与方法^[6]。久病人络理论作为中医络病学说的重要组成部分,认为小儿腺样体肥大的基本病机为小儿多为稚阴稚阳之体,卫外不固易于感受外邪,病邪留滞不去日久可致络脉瘀阻,形成腺样体肥大,故治法以活血通络祛瘀为主^[7]。补阳还五汤具有补气、活血、通络之功效^[8],符合本病治法。基于此,本研究旨在观察补阳还五汤加减治疗小儿腺样体肥大的临床疗效。

1 资料与方法

1.1 诊断标准

1.1.1 西医诊断标准 参照儿童腺样体肥大诊断标准^[9]: (1)间断性或持续性上呼吸道阻塞;(2)出现儿童腺样体面容;(3)纤维鼻咽镜下,腺样体占后鼻孔的程度大于1/2。

1.1.2 中医辨证标准 参照专家诊疗共识,辨证为气血瘀阻证^[10]。(1)主症:鼻塞日久,腺样体肿大暗红,打鼾,张口呼吸; (2)次症:咳嗽,扁桃体肥大,自觉耳内闷胀,面色晦暗,听力减退,目下黑,舌质暗红或有瘀点,苔薄白,舌下络脉青紫,脉涩。符合2项主症以上,或1项主症结合2项次症即可明确辨证。

1.2 纳入标准 (1)符合西医诊断与中医辨证标准;(2)年龄3~14岁;(3)患儿家属签署知情同意书。

1.3 排除标准 (1)合并严重心、脑、肝、肾疾病;(2)近2周内接受过其他相关药物治疗者;(3)治疗期间自行更换或加减药物;(4)对本研究药物过敏者;(5)合并严重感染性疾病或精神系统疾病;(6)已参加其他相关药物临床试验。

1.4 脱落标准 临床资料不全。

1.5 研究对象 纳入2019年10月至2021年9月苏州市中医院收治的气血瘀阻型腺样体肥大患儿84例,采用随机数字表法将患儿分为治疗组和对照组。具体方法为将84例患儿按就诊顺序依次编号1~84,从随机数字表中任意指定一个位置开始,按照从上到下的方向读取数字,将读取到的数字除以84取余数,根据余数将患儿分配至治疗组或对照组,直至每组患儿各42例。本研究经苏州市中医院伦理委员会审核批准(伦理号:2019伦研批025)。

1.6 治疗方法

1.6.1 对照组 予糠酸莫米松鼻喷雾剂(Schering-Plough LaboN.V.比利时先灵葆雅制药有限公司,批号:T007877),每侧鼻孔1喷,1次/d。孟鲁司特钠咀嚼片(杭州默沙东制药有限公司,批号:T000230),3~5岁患儿,4 mg/次,每晚1次;6~14岁患儿,5 mg/次,每晚1次。4周为1个疗程,连续治疗2个疗程。

1.6.2 治疗组 予补阳还五汤加减,方药组成:黄芪20 g,当归、党参、皂角刺、虎杖各10 g,川芎、红花、三棱、莪术、炙鸡内金各6 g。上述中药饮片均由苏州市春晖堂药业有限公司生产,由苏州市中医院药房煎煮。体质量10~15 kg为每2.0 d口服1剂,将1剂药平均分成2份,患儿于第1天晚餐后0.5 h服用1份,间隔24 h于第3天早餐后0.5 h服用1份;体质量15~25 kg为1.5 d口服1剂,将1剂药平均分成3份,每天早晚餐后0.5 h及次日早餐后0.5 h各温热服用1份;体质量>25 kg为每天1剂,早晚餐后0.5 h温热服用。4周为1个疗程,连续治疗2个疗程。

1.7 观察指标

1.7.1 临床症状评分 治疗前与治疗后对临床症状进行评分,主症包括鼻塞、睡眠打鼾、张口呼吸,按无、轻、中、重度分别计0、2、4、6分,总分18分。次症包括耳喉部症状(咳嗽、扁桃体肥大、听力减退)、面色面容(腺样体面容、面色晦暗、目下黑)、舌脉(舌质暗红、舌下脉络青紫、脉涩),按无、有分别计0、1分,总分9分。评分越高表明症状越严重^[11]。

1.7.2 腺样体体积积分 制定腺样体体积评分表,治疗期间观察两组患儿腺样体占据后鼻孔大小。腺样体体积<1/2后鼻孔,为正常(0分);1/2后鼻孔≤腺样体体积<2/3后鼻孔,为轻度肥大(2分);2/3后鼻孔≤腺样体体积<3/4后鼻孔,为中度肥大(4分);腺样体体积≥3/4后鼻孔,为重度肥大(6分)^[12]。

1.7.3 生活质量 采用儿童阻塞性睡眠呼吸暂停生活质量量表(obstructive sleep apnea-18 scale,OSA-18)评分评价患儿生活质量及对监护人的影响,评价内容包括夜间打鼾、睡眠中憋醒、夜间呼吸暂停、睡眠不安多动、惊醒或口唇发绀、反复感冒或上呼吸道感染、因鼻塞而张口呼吸、鼻腔分泌物或鼻涕较多、吞咽食物困难、情绪多变、违反纪律现象、有攻击或多动行为、白天易嗜睡、早晨不愿起床、注意力不集中、担心孩子夜间不能得到足够空气、影响监护人的工作或家务、为孩子身体健康担忧、为上述问题感到焦虑。上述内容从无到绝对有分别记为1~7分,总分126分^[13]。1分:症状完全不存在,未观察到任何相关表现;2分:症状偶尔出现,程度极轻,几乎不影响日常生活或监护人感受;3分:症状间断出现,程度较轻,对患儿或监护人有轻微影响;4分:症状出现频率及程度适中,对患儿睡眠或监护人生活产生一定影响;5分:症状频繁出现,程度较明显,对患儿健康或监护人日常活动造成显著干扰;6分:症状持续存在,程度严重,明显影响患儿生活质量或监护人正常工作或休息;7分:症状达到极致,对患儿健康造成严重危害,或对监护人生活产生无法忽视的负面影响^[13]。

1.8 疗效标准 疗效指数=(治疗前临床症状评分-治疗后临床症状评分)/治疗前临床症状评分×100%。治愈:症状体征消失,疗效指数≥90%;显效:症状体征接近正常,66.67%≤疗效指数<90%;有效:症状体征较前减轻,33.33%≤疗效指数<66.67%;无效:症状体征无明显改变,疗效指数<33.33%^[11]。

1.9 统计学方法 采用SPSS 26.0软件进行分析,计数资料比较采用 χ^2 检验。计量资料符合正态分布,以“均数±标准差”($\bar{x} \pm s$)表示,采用t检验。重复测量计量资料符合正态分布且方差齐者,采用重复测量方差分析。 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 基线资料 治疗组2例患儿因依从性差主动要求退出研究而脱落,对照组1例患儿无法按时接受治疗,1例患儿家属因不明原因要求退出研究而脱落,两组各纳入40例。两组患儿基线资料比较,差异均无统计学意义($P>0.05$)。(见表1)

表1 两组患儿基线资料比较

组别	n	性别/例		年龄($\bar{x}\pm s$,岁)	病程($\bar{x}\pm s$,月)	BMI($\bar{x}\pm s$,kg/m ²)
		男	女			
对照组	40	22	18	10.17±2.51	5.21±1.57	18.11±1.47
治疗组	40	23	17	10.49±2.75	4.96±1.34	17.84±1.35
检验统计量		$\chi^2=0.051$		$t=0.643$	$t=0.906$	$t=1.012$
P		0.822		0.522	0.367	0.314

2.2 两组患儿临床疗效比较 总有效率对照组为80.00%(32/40),治疗组为95.00%(38/40),治疗组高于对照组($P<0.05$)。(见表2)

表2 两组患儿临床疗效比较 [例(%)]

组别	n	治愈	显效	有效	无效	总有效
对照组	40	5(12.50)	9(22.50)	18(45.00)	8(20.00)	32(80.00)
治疗组	40	11(27.50)	15(37.50)	12(30.00)	2(5.00)	38(95.00)
χ^2						4.114
P						0.043

2.3 两组患儿临床症状评分比较

2.3.1 主症评分 治疗前两组患儿鼻塞、睡眠打鼾及张口呼吸评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患儿治疗前后不同时间点主症评分比较,差异均有统计学意义($P<0.01$),即存在时间效应,两组均如此;治疗4周、8周两组患儿主症评分均降低($P<0.05$),且治疗8周低于治疗4周($P<0.05$)。两组患儿主症评分总体比较,差异无统计学意义($P>0.05$),即不存在分组效应;治疗4周、8周两组患儿主症评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。时间因素与分组因素不存在交互效应,即两组患儿主症评分降低幅度无显著差别。(见表3~5、图1~3)

表3 两组患儿鼻塞评分比较 ($\bar{x}\pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗4周	治疗8周	F	P
对照组	40	5.11±0.43	3.08±0.40 ^a	1.17±0.46 ^{ab}	584.015	0.000
治疗组	40	5.08±0.37	2.92±0.46 ^a	1.12±0.35 ^{ab}	811.909	0.000
t		0.335	1.660	0.547		
P		0.739	0.101	0.586		

注: $F_{\text{时间主效应}}=1360.123$, $P_{\text{时间主效应}}=0.000$; $F_{\text{分组主效应}}=1.891$, $P_{\text{分组主效应}}=0.173$; $F_{\text{交互主效应}}=0.125$, $P_{\text{交互主效应}}=0.883$ 。与治疗前比较,^a $P<0.05$;与治疗4周比较,^b $P<0.05$ 。

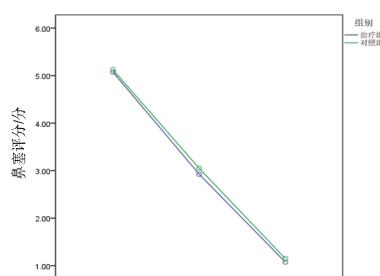


图1 两组患儿鼻塞评分交互效应轮廓图

表4 两组患儿睡眠打鼾评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗4周	治疗8周	F	P
对照组	40	4.04±0.82	3.01±0.43 ^a	1.23±0.41 ^{ab}	303.263	0.000
治疗组	40	3.92±0.70	2.82±0.45 ^a	1.25±0.38 ^{ab}	180.213	0.000
t		0.704	1.931	0.226		
P		0.484	0.057	0.822		

注: $F_{\text{时间主效应}}=458.238$, $P_{\text{时间主效应}}=0.000$; $F_{\text{分组主效应}}=1.031$, $P_{\text{分组主效应}}=0.313$; $F_{\text{交互主效应}}=0.371$, $P_{\text{交互主效应}}=0.661$ 。与治疗前比较,^a $P<0.05$;与治疗4周比较,^b $P<0.05$ 。

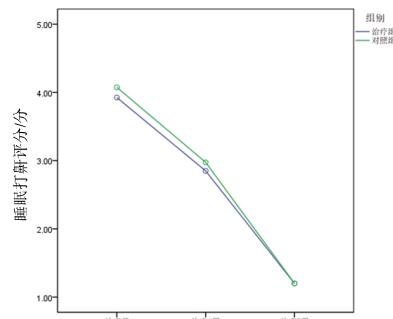


图2 两组患儿睡眠打鼾评分交互效应轮廓图

表5 两组患儿张口呼吸评分比较 ($\bar{x} \pm s$,分)

组别	n	治疗前	治疗4周	治疗8周	F	P
对照组	40	4.20±0.39	2.53±0.41 ^a	1.09±0.37 ^{ab}	575.189	0.000
治疗组	40	4.14±0.35	2.59±0.32 ^a	0.97±0.26 ^{ab}	615.262	0.000
t		0.724	0.730	1.678		
P		0.471	0.468	0.097		

注: $F_{\text{时间主效应}}=1187.699$, $P_{\text{时间主效应}}=0.000$; $F_{\text{分组主效应}}=0.234$, $P_{\text{分组主效应}}=0.630$; $F_{\text{交互主效应}}=1.098$, $P_{\text{交互主效应}}=0.326$ 。与治疗前比较,^a $P<0.05$;与治疗4周比较,^b $P<0.05$ 。

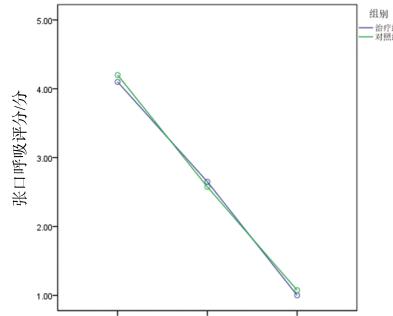


图3 两组患儿张口呼吸评分交互效应轮廓图

2.3.2 次症评分 治疗前两组患儿耳喉部症状、面容面色及舌脉评分比较,差异均无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患儿治疗前后不同时间点次症评分比较,差异均有统计学意义($P<0.01$),即存在时间效应,两组均如此;治疗4周、8周两组患儿次症评分均降低($P<0.05$),且治疗8周低于治疗4周($P<0.05$)。两组患儿耳喉部症状及舌脉评分总体比较,差异有统计学意义($P<0.05$),即存在分组效应;治疗8周,治疗组患儿耳喉部症状及舌脉评分均低于对照组($P<0.05$)。两组患者儿面部面色评分总体比较,差异无统计学意义($P>0.05$),即不存在分组效应;治疗4周、8周治疗组患儿面部面色评分低于对照组($P<0.01$)。时间因素与分组因素对耳喉部症状评分、舌脉评分的影响存在交互效应,差异有统计学意义($P<0.05$),即两组患儿耳喉部症状评分、舌脉评分降低幅度不一致。时间因素

与分组因素对面容面色评分的影响不存在交互效应,即两组患儿面容面色评分降低幅度无显著差别。(见表6~8、图4~6)

表6 两组患儿耳喉部症状评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗4周	治疗8周	F	P
对照组	40	2.10±0.45	1.63±0.35 ^a	1.32±0.38 ^{ab}	29.539	0.000
治疗组	40	2.06±0.41	1.54±0.33 ^{ac}	0.81±0.14 ^{abc}	60.286	0.000
		t	0.416	3.813	7.965	
		P	0.679	0.000	0.000	

注: $F_{\text{时间主效应}}=85.411$, $P_{\text{时间主效应}}=0.000$; $F_{\text{分组主效应}}=8.289$,

$P_{\text{分组主效应}}=0.005$; $F_{\text{交互主效应}}=4.267$, $P_{\text{交互主效应}}=0.022$ 。与治疗前比较,^a $P<0.05$;与治疗4周比较,^b $P<0.05$ 。

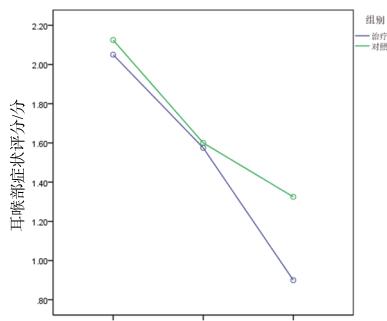


图4 两组患儿耳喉部症状评分交互效应轮廓图

表7 两组患儿面容面色评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗4周	治疗8周	F	P
对照组	40	2.08±0.39	1.36±0.28 ^a	1.15±0.26 ^{ab}	16.294	0.000
治疗组	40	2.13±0.47	1.29±0.21 ^{ac}	0.76±0.18 ^{abc}	99.305	0.000
		t	0.518	4.879	7.800	
		P	0.606	0.000	0.000	

注: $F_{\text{时间主效应}}=65.228$, $P_{\text{时间主效应}}=0.000$; $F_{\text{分组主效应}}=1.402$,

$P_{\text{分组主效应}}=0.240$; $F_{\text{交互主效应}}=0.746$, $P_{\text{交互主效应}}=0.427$ 。与治疗前比较,^a $P<0.05$;与治疗4周比较,^b $P<0.05$ 。

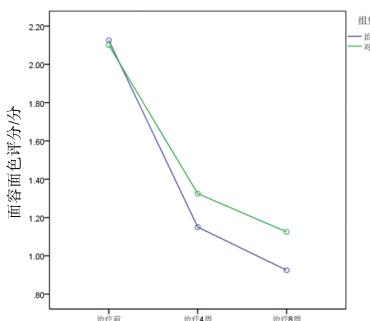


图5 两组患儿面容面色评分交互效应轮廓图

表8 两组患儿舌脉评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗4周	治疗8周	F	P
对照组	40	2.24±0.37	1.39±0.34 ^a	0.94±0.30 ^{ab}	86.294	0.000
治疗组	40	2.30±0.35	1.26±0.27 ^a	0.53±0.12 ^{abc}	126.833	0.000
		t	0.745	1.894	8.025	
		P	0.459	0.062	0.000	

注: $F_{\text{时间主效应}}=212.507$, $P_{\text{时间主效应}}=0.000$; $F_{\text{分组主效应}}=14.346$,

$P_{\text{分组主效应}}=0.001$; $F_{\text{交互主效应}}=4.347$, $P_{\text{交互主效应}}=0.015$ 。与治疗前比较,^a $P<0.05$;与治疗4周比较,^b $P<0.05$ 。

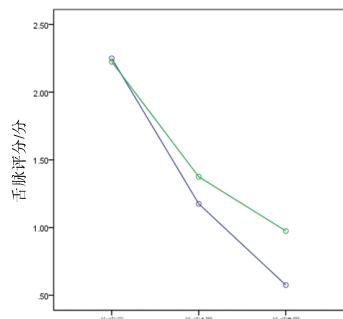


图6 两组患儿舌脉评分交互效应轮廓图

2.4 两组患儿腺样体体积评分比较 治疗前两组患儿腺样体体积评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患儿治疗前后不同时间点腺样体体积评分比较,差异均有统计学意义($P<0.01$),即存在时间效应,两组均如此;与治疗前比较,治疗4周、8周两组患儿腺样体体积评分均降低($P<0.05$);与治疗4周比较,治疗8周两组患儿腺样体体积评分均降低($P<0.05$)。两组患儿腺样体体积评分总体比较,差异无统计学意义($P>0.05$),即不存在分组效应;治疗8周,治疗组患儿腺样体体积评分低于对照组($P<0.05$)。时间因素与分组因素不存在交互效应,即两组患儿腺样体体积评分降低幅度无显著差别。(见表9、图7)

表9 两组患儿腺样体体积评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗4周	治疗8周	F	P
对照组	40	4.20±1.25	3.35±0.88 ^a	1.94±0.60 ^{ab}	109.129	0.000
治疗组	40	4.06±1.23	3.18±0.73 ^a	1.36±0.52 ^{ab}	61.518	0.000
		t	0.505	0.940	4.620	
		P	0.615	0.350	0.000	

注: $F_{\text{时间主效应}}=163.747$, $P_{\text{时间主效应}}=0.000$; $F_{\text{分组主效应}}=3.893$,

$P_{\text{分组主效应}}=0.052$; $F_{\text{交互主效应}}=1.704$, $P_{\text{交互主效应}}=0.193$ 。与治疗前比较,^a $P<0.05$;与治疗4周比较,^b $P<0.05$ 。

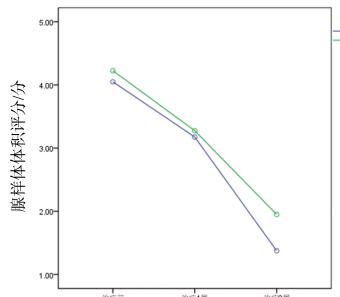


图7 两组患儿腺样体体积评分交互效应轮廓图

2.5 两组患儿OSA-18评分比较 治疗前两组患儿OSA-18评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。所有患儿治疗前后不同时间点OSA-18评分比较,差异均有统计学意义($P<0.01$),即存在时间效应,两组均如此;与治疗前比较,治疗4周、8周两组患儿OSA-18评分均降低($P<0.05$);与治疗4周比较,治疗8周两组患儿OSA-18评分均降低($P<0.05$)。两组患儿OSA-18评分总体比较,差异无统计学意义($P>0.05$),即不存在分组效应;治疗8周,治疗组患儿OSA-18评分低于对照组($P<0.05$)。时间因素与分组因素不存在交互效应,即两组患儿OSA-18评分降低幅度无显著差别。(见表10、图8)

表 10 两组患儿 OSA-18 评分比较 ($\bar{x}\pm s$, 分)

组别	n	治疗前	治疗4周	治疗8周	F	P
对照组	40	62.28 ± 10.85	56.52 ± 9.48 ^a	51.34 ± 9.26 ^{a,b}	10.380	0.000
治疗组	40	64.06 ± 11.23	53.18 ± 9.03 ^a	46.68 ± 8.12 ^{a,b}	52.869	0.000
t		0.721	1.613	2.393		
P		0.473	0.111	0.019		

注: $F_{\text{时间主效应}}=46.651$, $P_{\text{时间主效应}}=0.000$; $F_{\text{分组主效应}}=2.159$, $P_{\text{分组主效应}}=0.146$; $F_{\text{交互主效应}}=2.654$, $P_{\text{交互主效应}}=0.089$ 。与治疗前比较, $^aP<0.05$; 与治疗4周比较, $^bP<0.05$ 。

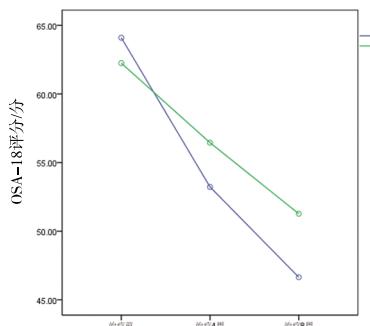


图 8 两组患儿 OSA-18 评分交互效应轮廓图

3 讨 论

生理状态下,腺样体在2~6岁时增殖活跃,10~14岁开始萎缩,成年后消失。儿童期腺样体过度增生会引发鼻分泌物多、鼻塞、打鼾、张口呼吸等临床症状^[14-15]。腺样体具有抗原呈递、产生抗体的作用,在免疫防御和调节免疫反应中起重要作用,但上呼吸道反复感染会引发腺样体局部免疫应答异常活跃,炎症反应持续存在,造成局部组织肿胀,形成病理性增生肥大^[16]。随着环境等因素的变化,小儿腺样体肥大发病率逐年攀升,严重影响患儿生活质量。临床治疗以对症治疗为主。对于反复发作的严重情况,治疗方法为射频消融术或手术切除^[17-19]。但这些治疗方法的效果存在较大个体差异,不能满足临床需求^[20]。因此寻求更加有效的治疗方案对改善儿童腺样体肥大预后具有重要意义。

中医药在治疗小儿腺样体肥大方面具有疗效好、安全性高的优势^[21-22]。久病入络理论最早源于《黄帝内经》,历经叶天士等诸多医家的深入探究与发展,得以不断完善。该理论认为,疾病迁延不愈,则邪气由浅入深、由气及血、由经入络,致使络脉中气血运行受阻,导致血瘀、痰凝等病理变化,从而引发各种病症^[23]。中医学根据小儿腺样体肥大的临床症状,将其归属于“鼾证”范畴。小儿肺脏娇嫩,形气未充,为纯阳之体,易受风寒风热等外邪侵袭。颃颡与肺相连,病邪极易侵入。外邪屡犯颃颡,咽喉开合不利,加之病邪留滞不去,侵入人体脉络,影响气血津液运行。气行不畅则血行受阻,日久便在鼻咽部位形成瘀血阻滞,且久病体虚。气虚则推动血行无力,血行迟缓,气血瘀阻,导致腺样体因瘀血积聚而肿大难以消退,发为此病。因此,久病入络理论与小儿腺样体肥大的病因病机高度契合,为临床治疗提供了理论支撑。《难经》云“气者,人之根本也”^[24]。人体正气充足时,病邪难以侵犯人体。即便病邪乘虚而入,正气亦有能力将其驱逐,从而维持机体健康。因此补气活血通络是治疗腺样体肥大的主要治则。

本研究发现运用补阳还五汤加减治疗小儿腺样体肥大,在缓解鼻塞、睡眠打鼾、张口呼吸方面与糠酸莫米松联合孟鲁司特钠治疗疗效相当,但在临床总有效率、改善患儿耳喉部症状、面容面色、舌脉和提高生活质量方面优于西医常规治疗。补阳还五汤出自《医林改错》,原方由黄芪、当归、赤芍、地龙、川芎、红花、桃仁组成。本研究在此基础上去赤芍、地龙、桃仁,加三棱、莪术、党参、皂角刺、虎杖、鸡内金。三棱、莪术破血逐瘀之力更强,为防治活血药物过多损伤正气,故本研究去赤芍、桃仁。地龙性寒易伤儿童脾胃,故本研究去除地龙,并加党参补益儿童正气。此外,皂角刺引导药物到达腺样体局部,虎杖增强活血祛瘀之效,鸡内金健运儿童脾胃以利药物吸收。方中黄芪为君药,大补元气,使气旺以促血行,且黄芪祛瘀通络,可发挥补气行血之效。当归活血通络而不伤血;川芎、红花协同当归活血化瘀;三棱、莪术破血行气,消肿散结,加强活血化瘀之力以消散腺样体之瘀滞。以上五药均为臣药。党参补中益气,配伍黄芪增强补气之功,以助气血生化之源,使气旺血行;皂角刺、虎杖相伍,化瘀散结,活血通络,引导诸药直达病所,同时虎杖可清热解毒,防止瘀血日久蕴而化热;鸡内金可增强儿童脾胃运化功能,且鸡内金能防诸药攻伐太过损伤中焦脾胃,影响气血津液运化,有助于气血的化生和运行。以上四药均为佐药。全方共奏补气活血、化瘀通络散结之效。现代药理研究发现黄芪可扩张血管,改善腺样体局部微循环,提高免疫力,从而抵御病原体入侵,防止复发^[25];当归、川芎能抑制血小板聚集,改善血液流变学,从而减少腺样体组织淤血状态^[26]。补阳还五汤缓解鼻塞、张口呼吸等症状的机制与其抑制炎症细胞因子及信号通路,进而抑制腺样体组织细胞过度增殖有关^[27]。

综上所述,补阳还五汤加减治疗小儿腺样体肥大具有良好的临床疗效,能改善临床症状,缩小腺样体体积,并提高生活质量。本研究尚存在不足之处,如样本量较小、随访时间较短等,有待进一步研究。

参考文献

- [1] 徐万超,武明云,刘小敏,等.虞坚尔基于海派徐氏儿科学特色治疗小儿腺样体肥大经验[J].辽宁中医杂志,2023,50(6):49-52.
- [2] 葛晨曦,张珊.基于多元化康复理念的预见性干预在小儿鼾症伴腺样体面容围术期护理中的应用[J].中国美容医学,2024,33(10):68-72,84.
- [3] 魏若莹,杨风波.腺样体肥大机制的研究进展[J].国际耳鼻咽喉头颈外科杂志,2024,48(6):355-357.
- [4] 胡峰,石军,朱明,等.艾司氯胺酮对扁桃体切除术联合鼻内镜下腺样体切除术的影响[J].中国内镜杂志,2024,30(9):17-25.
- [5] 刘晓峰,杜娟,崔莉,等.鼻用糖皮质激素联合白三烯受体拮抗剂对有合并症小儿腺样体肥大疗效及炎症因子的影响[J].中国优生与遗传杂志,2022,30(12):2179-2183.
- [6] 李琼,姜德.基于数据挖掘的中医药治疗小儿腺样体肥大遣方用药分析[J].中医药导报,2023,29(2):117-121.

- [7] 王璟,熊明炤.基于“久病入络”理论探讨熊明炤主任经验方治疗儿童腺样体肥大的临床观察[J].中医临床研究,2022,14(22):96-100.
- [8] 李嫣然,陈丽云.国医大师严世芸运用补阳还五汤异病同治验案举隅[J].上海中医药杂志,2024,58(7):43-47,57.
- [9] 张亚梅,张天宇.实用小儿耳鼻咽喉科学[M].北京:人民卫生出版社,2011:312.
- [10] 孙书臣,马彦,乔静,等.《儿童腺样体肥大引发睡眠呼吸障碍的中医诊疗专家共识》解读[J].世界睡眠医学杂志,2014,1(6):321-328.
- [11] 国家中医药管理局.中医病证诊断疗效标准:ZY/T001.1-001.9-94[S].南京:南京大学出版社,1994.
- [12] 中国医师协会儿科医师分会儿童耳鼻咽喉专业委员会,中国妇幼保健协会儿童变态反应专业委员会,亚太医学生物免疫学会儿童耳鼻咽喉头颈外科分会,等.儿童腺样体肥大临床诊治管理专家共识[J].中国实用儿科杂志,2025,40(2):89-95,99.
- [13] 倪鑫.中国儿童阻塞性睡眠呼吸暂停诊断与治疗指南(2020)[J].中国循证医学杂志,2020,20(8):883-900.
- [14] ÇETKİN M, ÇETKİN H E. Adjunctive treatment of pediatric adenoidal hypertrophy: A review[J]. Altern Ther Health Med, 2023, 29(5):46-53.
- [15] 齐素青,王宏伟,刘朝兵,等.腺样体肥大对儿童睡眠质量及生长发育的影响[J].临床与病理杂志,2022,42(7):1669-1674.
- [16] 彭君毅,王彬晨,杜平功.儿童腺样体肥大病因及治疗的研究进展[J].中医眼耳鼻喉杂志,2024,14(4):220-222,227.
- [17] 崔文佳,吴映南,缪娴静.特布他林、孟鲁司特钠联合治疗慢性阻塞性肺疾病急性加重患者的临床效果[J].中国药物应用与监测,2023,20(5):348-351.
- [18] 杨政,汪秀峰,商海明.儿童扁桃体腺样体低温等离子射频消融术后联合中药治疗的临床效果分析[J].中国实用医药,2024,19(24):146-149.
- [19] 宋嘉敏.低温等离子扁桃体腺样体切除术治疗扁桃体腺样体肥大的效果观察[J].黑龙江医药,2025,38(1):172-174.
- [20] 朱源,魏萍,寇巍,等.预防腺样体肥大术后复发的策略探讨[J].临床耳鼻咽喉头颈外科杂志,2022,36(10):807-812.
- [21] 石婷婷,姜之炎,肖臻.基于德尔菲法制定《海派中医特色优势病种儿童腺样体肥大中医临床诊疗专家共识》[J].中医药导报,2024,30(12):73-77.
- [22] WANG P L, KONG W D, SHAN Y C. The efficacy and safety of Chinese herbal compound or combined with western medicine for pediatric adenoidal hypertrophy: A protocol for systematic review and meta-analysis[J]. Medicine (Baltimore), 2020, 99(36):e22023.
- [23] 梁天宇,王玥慧,刘殿娜,等.基于久病入络理论探讨肺结节的防治[J].辽宁中医杂志,2025,52(1):28-30.
- [24] 扁鹊·难经:大字诵读版[M].北京:中国医药科技出版社,2018.
- [25] 张桓侯,刘海龙,王瑞琼,等.黄芪化学成分和药理作用及Q-marker预测分析[J].中国新药杂志,2023,32(4):410-419.
- [26] 刘中友,郑晓娜,李水秀.近30年中医药治疗阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征的用药规律分析[J].安徽医药,2024,28(8):1681-1688.
- [27] 蒋桓宇,杨晗,代倩,等.补阳还五汤治疗气虚血瘀证型结缔组织病相关性肺纤维化的临床疗效[J].中国实验方剂学杂志,2022,28(21):104-112.

(收稿日期:2025-03-13 编辑:蒋凯彪)

(上接第78页)

- [27] BARTONA K, TZOLOS E, BING R, et al. Emerging molecular imaging targets and tools for myocardial fibrosis detection[J]. Eur Heart J Cardiovasc Imaging, 2023, 24(3):261-275.
- [28] 曹学民,张颖.血清ApoB/ApoA1、LTBP-2、VASP对不稳定型心绞痛进展至急性心肌梗死的预测效能[J].河北医药,2023,45(11):1637-1640,1645.
- [29] ROBERTSONI B, HORIGUCHI M, ZILBERBERG L, et al. Latent TGF- β -binding proteins[J]. Matrix Biol, 2015, 47:44-53.
- [30] YANG L, GUO T, CHEN Y, et al. The multiple roles of periostin in non-neoplastic disease[J]. Cells, 2022, 12(1):50.
- [31] CHEN X Y, ZHANG F Y, HU G Y, et al. LRRC8A critically regulates myofibroblast phenotypes and fibrotic remodeling following myocardial infarction[J]. Theranostics, 2022, 12(13):5824-5835.

(收稿日期:2025-03-21 编辑:罗英姣)